



# Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



## 347/2598 - RETENCIÓN URINARIA CRÓNICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Lagarón Cabello<sup>a</sup>, M. Martínez Hernández<sup>b</sup>, M. Guillén Ibáñez<sup>c</sup> e I. Sanz Pérez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Cintruénigo. Navarra. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Tudela Este. Navarra. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Tudela Oeste. Navarra. <sup>d</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tudela Este. Navarra.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón 48 años, antecedentes diabetes mellitus tipo II en tratamiento con metformina + vildagliptina; y dapaglifozina, que acude a consulta por polaquiuria y urgencia miccional de hace tiempo. Tras descartar infección urinaria y suspender la dapaglifozina se cambia por dulaglutida pensando en efecto secundario del glucosúrico. No obteniendo mejoría clínica. Se solicita analítica con filtrado glomerular de 24 y creatinina 2,9. Con estos resultados se comenta con nefrólogo de guardia quien suspende tratamiento antidiabético y pasa a insulinizar; y citándose al paciente en 25 días. Se habla también con endocrinología quien piensa en un problema renal más que farmacológico. Dada la gran preocupación familiar por la situación, ante ello el médico de familia que disponía de ecógrafo en consulta y estaba en periodo de formación, decide hacerle una objetivando marcadísima distensión vesical que mejoraba poco con la micción, y una hidronefrosis bilateral muy llamativa. Se decide derivar al paciente a urgencias hospitalarias, donde se le coloca un sondaje vesical y se cita en consultas de Urología preferente para valorar Resección transuretral de próstata por hiperplasia prostática; causante de la retención urinaria crónica.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física fue anodina, analítica sanguínea: filtrado glomerular 24, urea 80, creatinina 2,9, potasio 5,60, resto analítica incluido PSA normal. Ecografía abdominal: hidronefrosis bilateral III/V y marcada distensión vesical.

**Orientación diagnóstica:** Enfermedad renal aguda de origen obstructivo.

**Diagnóstico diferencial:** Prostatitis. Fecaloma. Procesos tumorales urológicos.

**Comentario final:** Este es un hecho más de la importancia que tiene para el médico de familia disponer de ecógrafo en la consulta; ya no para hacer diagnósticos precisos; papel que corresponde al radiólogo; pero si como una herramienta más de trabajo, como son el otoscopio o fonendoscopio. Concretamente en este caso nos fue de gran ayuda ya que supuso un adelanto diagnóstico y terapéutico en este paciente.

### Bibliografía

1. Kirby RS. Hiperplasia benigna de próstata, 2<sup>a</sup> ed. Barcelona: J & C Ediciones médicas; 1998.
2. Lee M, Sharifi R. Benign prostatic hyperplasia: diagnosis and treatment guideline. *Annals of*

Pharmacotherapy. 1997;31:481-6.

3. Orejas V. Aspectos actuales en el diagnóstico de la hiperplasia benigna de próstata. Barcelona: Ediciones Doyma; 2001.

**Palabras clave:** Retención urinaria crónica. Hidronefrosis.